

Psychotherapie-Vertrag

Psychotherapeutische Praxis

Dipl.-Psych. Maria Meise

Meckenheimer Allee 71

53115 Bonn

Tel: 0228 – 548 775 02

Info@praxis-meise.de // www.praxis-meise.de

Nach ausführlicher Information und Aufklärung über die Bedingungen einer ambulanten Psychotherapie wird zwischen Dipl.-Psych. Maria Meise, nachfolgend - Psychotherapeutin - genannt

und

Frau/Herrn _____ geb. am _____

Anschrift _____

Versicherungsnehmer

(bei familienversicherten Patienten) _____

nachfolgend – **Patient/-in** - genannt

die Durchführung einer psychotherapeutischen Behandlung vereinbart.

Die Psychotherapiekosten der ambulanten Psychotherapie sollen gemäß nachfolgender Erklärung des/der Patienten/in abgerechnet werden:

- Ich bin in der gesetzlichen Krankenkasse, bei der _____ und ich wünsche eine Behandlung zu Lasten meiner Krankenkasse**, die Abrechnung der Leistungen erfolgt über die Kassenärztliche Vereinigung.
- Ich bin privat versichert bei _____**. Die Psychotherapiekosten werden mir durch die Psychotherapeutin gemäß GOP¹ in Rechnung gestellt und werden durch mich zu Lasten meiner o. a. privaten Krankenversicherung abgerechnet.
- Ich bin beihilfeberechtigt, Beihilfestelle _____**
Die Psychotherapiekosten werden mir durch die Psychotherapeutin gemäß GOP in Rechnung gestellt und durch mich zu Lasten der o.a. Beihilfe/. privaten Krankenversicherung abgerechnet.
- Ich bin in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert und wünsche eine Privatbehandlung mit Kostenerstattung durch meine Krankenkasse.**
Die Psychotherapiekosten werden mir durch die Psychotherapeutin gemäß GOP in Rechnung gestellt. Ich werde mir bei meiner o.a. Krankenkasse die Kosten gemäß §.13 Abs. 2² oder 3³ SGB V erstatten lassen.
- Ich möchte die Psychotherapiekosten selbst zahlen.**
Die Psychotherapiekosten werden mir durch die Psychotherapeutin gemäß GOP in Rechnung gestellt.
- Die Psychotherapiekosten werden von folgendem Kostenträger übernommen:**

Ich verpflichte mich, mich selbst um die Therapiekostenübernahme zu bemühen. Die Bewilligung der psychotherapeutischen Behandlung werde ich unverzüglich der Behandlerin vorlegen.

Unabhängig von der Erstattung durch Dritte (z.B. Private Krankenversicherung, Beihilfe, gesetzliche Krankenversicherung bei § 13 Abs. 2 oder 3 SGB V) schuldet der Patient/die Patientin das Honorar der Psychotherapeutin persönlich in voller Höhe. Die Rechnungslegung erfolgt gemäß GOP. Mir ist bekannt, dass die Therapiekosten nicht immer in voller Höhe übernommen werden.

¹ Gebührenordnung der Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten

² Kostenerstattungsvereinbarung mit der gesetzlichen Krankenkasse gem. § 13 Abs. 2 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V)

³ Kostenerstattung der gesetzlichen Krankenkasse bei selbstbeschaffter Leistung gem. § 13 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V)

Zusätzlich vereinbaren Patient/-in und Psychotherapeutin folgendes:

Der Patient/ Die Patientin verpflichtet sich, bei Verhinderung einen vereinbarten Behandlungstermin spätestens **48 Werktagsstunden (Mo-Fr)** vor dem Termin abzusagen. Erfolgt die Terminabsage nicht rechtzeitig innerhalb der vorgenannten Frist, wird dem Patienten/der Patientin **60 %** von dem der Psychotherapeutin zustehenden Honorar in Rechnung gestellt. Dieses Ausfallhonorar hat der Patient/ die Patientin unabhängig von der Art der Versicherung selbst zu zahlen. Eine Kostenerstattung durch die private oder gesetzliche Krankenkasse oder Beihilfe findet in diesem Fall nicht statt.

Erklärung zur elektronischen Kommunikation

Es besteht die Möglichkeit, mit der Praxis digital zu kommunizieren. Diese Kommunikationswege werden im Wesentlichen für Terminabsprachen und andere organisatorische Abstimmungen genutzt. Sensible persönliche Daten werden nicht digital versendet.

Über die prinzipielle Unsicherheit der verschiedenen **elektronischen Kommunikationswege** wurde ich informiert.

Ich bin mit der Nutzung folgender Kommunikationswege einverstanden:

- SMS _____
- Signal _____
- Sonstiges _____
- E-Mail, mit folgender E-Mail-Anschrift _____
- Ich stimme einer Korrespondenz via Mail zu, möchte aber, dass diese sich **ausschließlich auf den Austausch formaler Informationen** z.B. Terminvereinbarungen o.ä. **beschränkt**.

Diese Einverständniserklärung kann ich jederzeit schriftlich für die Zukunft zurücknehmen.

Diese Einwilligung kann jederzeit schriftlich widerrufen werden.

Das Merkblatt zur ambulanten Psychotherapie habe ich erhalten und gelesen.

Das Original des Behandlungsvertrages verbleibt in der psychotherapeutischen Praxis. Der/die Patient/in erhält eine Zweitschrift.

Ort Datum

Unterschrift Patient

Unterschrift Psychotherapeut

Ergänzung zur Ausfallhonorarregelung

Plötzliche Gründe gibt es viele . . . der Babysitter sagt ab, der Chef verlangt eine Überstunde, Glätteis, das Auto springt nicht an bzw. hat eine Panne, Grippe/Erkältung/Durchfall, das Kind bekommt Fieber . . .
. . . aus diesen und anderen Gründen können Termine manchmal kurzfristig nicht wahrgenommen werden.

Im Unterschied zu vielen ärztlichen Praxen, ist eine psychotherapeutische Praxis eine sogenannte reine „Termin- bzw. Bestellpraxis“, d.h. die vereinbarte Zeit ist ausschließlich für Sie reserviert, ausgefallene Termine können in der Regel kurzfristig nicht anderweitig belegt werden. Bitte informieren Sie mich daher umgehend, falls Sie Ihren Termin bei mir einmal nicht wahrnehmen können. Bei Terminpraxen ist es üblich, für Sitzungen, die nicht mindestens zwei Werktage vor dem vereinbarten Termin abgesagt werden, ein Ausfallhonorar zu erheben.

Diese Regelung bedeutet nicht, dass Ihnen das Verständnis für eine zum Stundenversäumnis führende Notlage verweigert wird. Es handelt sich hierbei auch nicht um eine Frage von Schuld oder Strafe. Wir Therapeuten können jedoch nicht die Verantwortung für das Eingehen einer Verpflichtung und die damit verbundenen Alltagsrisiken für Sie übernehmen. Ich bitte Sie hierfür um Verständnis.